

# Dire et écrire la pratique soignante du quotidien

Walter Hesbeen

---

Aussi loin que me le permet ma mémoire, j'ai le souvenir d'avoir entendu une forme de lamentation contenue dans l'expression « les infirmières n'écrivent pas ». Accordé au masculin, ce constat ne devrait guère être différent. Il concerne de la même manière l'expression orale.

Ce dont il est question, c'est de la visibilité de la pratique infirmière, c'est-à-dire ce qui permet de donner à voir et à entendre son contenu, sa richesse, sa multitude de formes et de lieux d'exercice, sa complexité, ses difficultés, ses possibilités et potentialités. Cette quête d'une visibilité plus grande me semble légitime dès lors qu'elle contribue à donner une vision plus juste de ce qui fait le quotidien des infirmières et des infirmiers ainsi que des aides-soignants. Cette visibilité accrue est celle qui devrait éclairer les décisions politiques, conscients qu'en seraient ses acteurs de la contribution particulière des soins infirmiers à la santé de la population. De même, cette visibilité accrue est celle qui pourrait nourrir la réflexion et l'action de ceux qui ont pour fonction d'organiser et de diriger le système de santé et les structures de soins qui le composent. Enfin, cette visibilité est également celle qui pourrait conduire à une pensée renouvelée de la formation de l'ensemble des professionnels de la santé et à ses prolongements concrets, ouvrant, entre autres, sur une approche enrichie de la complémentarité professionnelle, complémentarité qui m'apparaît fortement emprisonnée aujourd'hui dans des logiques disciplinaires et les

Extrait de W. Hesbeen (dir.), *Dire et écrire la pratique soignante du quotidien*,  
© Éditions Seli Arslan, 2009. Tous droits réservés

rapports de force et de pouvoir qu'elles génèrent, entravant la possibilité même – et ce malgré toutes les déclarations d'intention – d'un agir ensemble qui ne soit pas réduit à la coordination des fonctions et actes de chacun.

### Le choix d'une visibilité

Néanmoins, lorsqu'il est question de visibilité, se pose d'emblée à nous une autre question : que souhaitons-nous donner à voir ? Tel l'artiste qui souhaite mettre en lumière par sa peinture ou sa sculpture un trait de caractère d'un de ses personnages, celui qui entreprend de donner de la visibilité à la pratique infirmière ne pourra faire l'économie de choisir quels aspects des soins infirmiers il veut montrer.

Il me semble devoir insister sur le verbe « choisir ». En effet, il s'agit bien d'un choix, choix qui reflète la manière qu'a l'auteur d'un écrit ou d'un exposé de concevoir la pratique des soins infirmiers, de se la représenter. Un choix est un « parti pris », c'est-à-dire une « prise de position », elle-même ancrée dans une conviction. Selon que la conviction de l'auteur d'un écrit sur les soins infirmiers soit de telle nature ou de telle orientation, l'écrit ne dira pas la même chose alors qu'il traite d'une pratique invariablement nommée « soins infirmiers ». Nous sommes ainsi dans le même cas de figure que celui auquel nous confronte le choix d'un dictionnaire, de la langue française par exemple. Un dictionnaire ne se résume pas à un énoncé objectif des définitions des termes d'une langue. Un dictionnaire est une œuvre d'auteurs qui, à ce titre, comporte la marque subjective de ses auteurs, de leur parti pris, de leurs convictions.

C'est qu'il y a de multiples aspects d'une même pratique pouvant, chacun, donner lieu à une visibilité particulière. C'est ainsi que l'auteur qui conçoit les soins infirmiers comme un ensemble d'actes plus ou moins spécialisés visant la réparation ou l'entretien du corps parlera ou écrira à leurs propos en termes d'actes se succédant, se complétant plus ou moins harmonieuse-

ment. À partir de cette conception, des outils seront élaborés et des modalités d'organisations seront implantées. Si, animé d'une autre conviction, un auteur aborde les soins infirmiers comme des moyens composés d'une multitude d'actes, de gestes et de situations relationnelles, moyens avec lesquels des infirmières, des infirmiers et des aides-soignants tentent, avec les autres professionnels de la santé, de prendre soin d'une personne qui vit une situation particulière, comparable à nulle autre, situation marquée par la maladie, ou la souffrance, la vulnérabilité, la fragilité, on observe alors que les actes, pour importants et rigoureux qu'ils soient et se doivent d'être, ne sont que le prolongement d'une intention soignante et ne peuvent à eux seuls ni résumer ce qu'est la pratique soignante, ni en révéler son intrinsèque complexité et la subtilité autant que la délicatesse qu'elle requiert, ni en donner la visibilité essentielle, ni servir de références exclusives ou prépondérantes pour en mesurer la qualité et l'efficacité. Une autre conviction renvoie ainsi à un autre regard qui, lui-même, donnera un autre éclairage sur la pratique et en proposera une autre visibilité.

### La pratique soignante : un malentendu fondamental ?

Que plusieurs auteurs proposent par leurs écrits ou leurs propos des visibilités différentes ne pose pas de problème en soi. Néanmoins, de mon point de vue, un problème réel surgit lorsqu'une visibilité dominante et réductrice s'impose – ou tente de s'imposer – sans nuances, telle une prise de pouvoir sur une pratique et le groupe professionnel qui l'exerce. Le recours, également sans nuances, à une visibilité dominante et réductrice pour exposer ce qu'est la pratique soignante peut conduire à la dénaturer, à donner l'illusion qu'elle est de telle nature et non de telle autre. Cela peut conduire à ce que je nommerai un « malentendu fondamental » (ou « mal entendu fondamental »), c'est-à-dire que l'on s'entend mal voire on ne s'entend pas, on ne se comprend pas sur ce qu'est la nature profonde de la pratique soignante et, donc, sur l'organisation concrète qu'elle requiert comme support à la pratique quotidienne des soignants ainsi que sur la formation qui y conduit.

Extrait de W. Hesbeen (dir.), *Dire et écrire la pratique soignante du quotidien*,  
© Éditions Seli Arslan, 2009. Tous droits réservés

On a ainsi pu observer, depuis plusieurs années, des orientations parfois très envahissantes, voire autoritaires, fondées sur un type de représentation de la pratique soignante et dont les effets se font toujours largement sentir aujourd'hui. Citons, ici, à titre d'exemples, les outils de la charge de travail qui donnent l'illusion que la pratique soignante est mesurable par les actes posés. Ne sous-estimons pas le fait que cela induit insidieusement, y compris auprès des professionnels soignants qui côtoient quotidiennement des hommes et des femmes malades, l'idée que la pratique soignante est un ensemble d'actes laissant dans l'ombre la distinction entre l'acte et l'action. Le manque voire l'absence de distinction entre l'acte et l'action conduit à imaginer que l'acte existe en tant que tel, indistinctement, d'une situation professionnelle à une autre. Ignorer la distinction entre l'acte et l'action équivaut à ignorer que l'acte est posé par un acteur, c'est-à-dire un humain professionnel ayant une sensibilité qui lui est propre et une capacité de penser. Cela conduit, également, à négliger la singularité et la sensibilité de l'humain destinataire de l'acte. C'est ainsi qu'ignorer la distinction entre l'acte et l'action conduit, ni plus, ni moins, à mettre entre parenthèses toute l'intelligence soignante du professionnel, toute son implication personnelle pour tenter d'accueillir la singularité du patient afin de ne pas le réduire à un individu « objet de soins ». S'impliquer pour tenter de voir en chacun un sujet de soins nécessite une démarche personnalisée et, à ce titre, créative et chaque fois renouvelée. C'est ainsi que la véritable charge de travail réside dans le poids que porte le soignant lorsqu'il s'implique pour inscrire chacun des actes qu'il pose, chacun des soins qu'il donne, dans la perspective de la singularité de l'autre, dans la prise en compte de la complexité particulière de sa situation et dans la subtilité et la délicatesse qu'une telle complexité requiert. Ignorer la distinction entre l'acte et l'action débouche sur la banalisation de l'humain dans les pratiques professionnelles, banalisation tant de l'humain qui donne des soins que de celui à qui ceux-ci s'adressent.

Un autre exemple de ce « malentendu fondamental » qui tend à orienter ou à réorienter la pratique soignante au risque de la dénaturer réside dans le recours, parfois imposé, à une théorie de soins

servant de référence unique à tous les professionnels d'un établissement ou à tous les étudiants d'un même centre de formation. Cela conduit, chez les uns, à l'illusion que l'être humain est « fait » d'un certain nombre de besoins fondamentaux identiques chez chacun ou, pour d'autres, que l'on peut fonder toute la complexité de la pratique soignante en ayant recours à une et une seule théorie qui donnerait la ou les réponses aux questions qui se posent face aux situations humaines rencontrées. Ce « prêt à penser » provoque un « arrêt de la pensée ». Au nom de l'uniformisation organisationnelle, la singularité est délaissée. L'esprit critique ne peut dès lors être développé, stimulé, favorisé, et il en est de même du regard à chaque fois singulier que le soignant pourra porter sur des situations de soins qui, elles, sont irréductiblement singulières. Regarder l'humain par l'intermédiaire d'une théorie, c'est ne plus voir l'humain car c'est regarder la théorie et le degré de conformité de cet humain au contenu de ladite théorie. C'est poser un filtre identique pour chacun empêchant d'observer, d'identifier et de prendre en compte les particularités. On peut ici se rappeler ce proverbe attribué aux Japonais : « celui qui n'a qu'un marteau voit tous les problèmes en forme de clous ». On l'aura compris, le propos ici n'est pas de nier l'intérêt des théories et conceptions diverses mais bien de rappeler que la pratique soignante ne consiste pas à être conforme à une théorie, si élaborée soit-elle. Les théories ne sont pas faites pour s'appliquer aux situations de soins, elles ne sont pas faites pour y « faire entrer un patient » mais bien pour venir en aide au soignant dans sa quête d'un agir sensé. C'est ainsi que leur portée est bien plus grande et intéressante que des données à appliquer car elles sont de la « matière à penser » ; elles sont, à ce titre, nourricières de l'intelligence soignante que déploie le professionnel dans le cadre de sa démarche personnalisée. Les théories ne sont donc pas la finalité de l'action mais en sont des moyens, parmi d'autres, pour venir en aide au professionnel qui pense son action dans la perspective de la prise en compte de la singularité du sujet. C'est la raison pour laquelle on ne peut raisonnablement demander aux soignants de fonder leurs pratiques sur une théorie de soins – ou quelque théorie que ce soit – car c'est d'une multitude de

références théoriques dont ils ont besoin pour mener et créer leurs actions. Les théories ne pensent pas et ne sont pas la pensée du soignant ; les théories proposent des éléments, des ingrédients pour alimenter l'intelligence soignante que requiert chaque situation.

Citons, encore, les outils de la pratique du quotidien, tels les dossiers de soins, démarches de soins, méthodes de transmissions d'informations, protocoles et autres procédures qui, sous forme papier ou informatique, ont troublé plus d'un professionnel. Ce trouble n'est pas seulement celui que chacun peut exprimer face à la nouveauté ou au changement ; il est aussi celui éprouvé par des professionnels qui percevaient que ces outils n'étaient pas faits pour leur pratique ou ne leur procurait pas une aide efficace comme support à leur pratique du quotidien ou, parfois insidieusement, les conduisaient à modifier voire dénaturer cette pratique. De quelle vision de la pratique soignante cette orientation est-elle le reflet et le prolongement concret ? Sur quel type de visibilité une telle vision débouche-t-elle et quelles modifications profondes une telle vision et une telle visibilité entraînent-elles tant pour la pratique quotidienne des soignants que pour la représentation que ceux-ci élaborent de leur métier, que pour la formation qui y conduit ainsi que pour les messages que cette vision et cette visibilité adressent à la population et aux responsables de l'action politique ? Aussi, rappelons-nous qu'un outil n'est pas qu'un outil, car chaque outil est élaboré à partir d'une représentation de la pratique ; il est associé à une philosophie et, à ce titre, influencera la pratique même de ceux qui y auront recours. Dès lors, lorsque des outils sont utilisés pour dire et écrire la pratique soignante, pour rendre compte de son contenu, une vigilance majeure s'impose : les outils sont-ils le reflet juste et pertinent de la réalité ou réduisent-ils, au risque de la dénaturer, la pratique soignante du quotidien et la prise en compte des exigences d'une telle pratique pour l'organisation même des professionnels et la considération que l'on a pour eux ? Si des outils réducteurs donnent la visibilité principale de la pratique soignante, cette visibilité donnera une représentation et nourrira une vision erronées. Dans le même ordre d'idée, le choix des mots est

important pour dire et écrire certaines considérations et orientations car des mots mal choisis peuvent donner une représentation fautive et peu gratifiante. C'est ainsi que l'on peut s'étonner de l'expression « pratique avancée » pour désigner de nouvelles orientations, tant de la pratique que de la formation. En effet, dès lors qu'une pratique est qualifiée d'avancée, cela veut dire, en langue française, qu'elle se situe en avant d'une autre qui ne l'est pas et qui se trouve, dès lors, « retardée ». Lorsque l'on sait la propension de certains professionnels des soins infirmiers à se rapprocher de la sphère médicale et à se percevoir, ainsi, « en avance » par rapport à leurs collègues, on constate que qualifier un type de pratique comme étant avancée est disqualifiant pour les professionnels procédant à des pratiques moins sophistiquées mais requérant, invariablement et avec la même acuité, une profonde considération pour les humains à qui ces pratiques « non avancées » s'adressent. À nouveau, la confusion entre l'acte et l'action peut être soulignée. Si en langue anglaise cette expression, « pratique avancée », désigne une activité bien précise – de première ligne ou de premier recours – en langue française, comme le mentionne judicieusement le site [www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com) :

La traduction du terme anglais s'apparente à une pratique en soins infirmiers en avance sur son temps, une pratique d'avant-garde, très pointue ou de pointe nécessitant une expertise sanctionnée par un niveau élevé de certification.

Le choix des mots signe l'orientation de ceux qui les utilisent et peut contribuer à entretenir un malentendu fondamental sur ce qu'est la nature de la pratique soignante.

## D'un paradigme à l'autre

Par rapport à ce « malentendu fondamental », il y a, dans les faits, une véritable question éthique dans les choix qui sont opérés en matière de formation, d'organisation et d'outils de travail. Cette question éthique repose, comme le rappelle Raymond Gueibe dans

son article sur les paradigmes dans le soin<sup>1</sup>, sur la clarté du choix des paradigmes de référence. En effet, le paradigme scientifique n'est pas le paradigme humaniste. Ces deux paradigmes ne s'opposent pas et ont chacun leur utilité, mais ces deux paradigmes ne sont pas identiques. C'est ainsi que les responsables de l'orientation et de l'organisation, tant du système de santé que des structures de soins ou des centres de formation, se doivent de faire preuve d'une vigilance particulière, car il n'est pas éthiquement acceptable de tenir un discours exhortant à l'approche humaniste des soins tout en imposant aux professionnels et aux étudiants des théories, références et outils issus principalement du seul paradigme scientifique. Que des responsables choisissent de donner la préférence au paradigme scientifique ne pose pas de problème en soi : il s'agit de leur choix vraisemblablement issu de leurs valeurs. Le problème surgit, et avec lui la question éthique, lorsque ce choix est travesti par des propos humanistes, c'est-à-dire lorsque le contenu du paradigme scientifique servant de référence à ces responsables est déguisé en paradigme humaniste pour tenter d'en prendre l'allure et donner l'illusion de l'importance qu'ils lui accordent. Proclamer son attachement au paradigme humaniste tout en dotant les professionnels d'outils et de modalités d'organisation issus du paradigme scientifique conduit à les déstabiliser, voire à les désemparer ou les déboussoler, ce qui n'est pas étranger à la désillusion professionnelle et à ses effets pathologiques, tels un stress exacerbé, l'épuisement professionnel voire le burn-out. L'espoir, néanmoins, réside aujourd'hui dans la tension de plus en plus perceptible entre un discours dominant issu des paradigmes scientifiques, organisationnels et économiques, et le constat que proclament de plus ou plus souvent les soignants – mais assez discrètement – d'une forme d'incompatibilité avec leur intention soignante. Depuis un siècle, le système de soins a été dominé par la médecine technoscientifique, oubliant, parfois, que c'est à des humains singuliers qu'elle s'adresse. Aujourd'hui, des voix de plus en plus nombreuses se font

---

1. Raymond Gueibe, « L'Interrogation des paradigmes dans le soin, une exigence éthique », *Perspective Soignante*, n° 33, décembre 2008, p. 6-30.

Extrait de W. Hesbeen (dir.), *Dire et écrire la pratique soignante du quotidien*  
© Éditions Seli Arslan, 2009. Tous droits réservés

entendre pour dire que la performance technoscientifique, pour importante qu'elle soit et que je ne souhaite en rien minimiser, ne peut requérir de mettre entre parenthèses la parole du sujet et donc la personne même de l'humain auquel elle s'adresse. Un point d'équilibre est en train de se chercher et permettra, à terme, de corriger les excès du paradigme scientifique. Le paradigme humaniste n'est donc pas derrière nous ; il se propose comme une prochaine destination qui devrait permettre de donner toute sa place à l'humain dans la pratique des soins. La patiente préparation de ce paradigme humaniste dans les soins requiert, dès aujourd'hui, de donner une visibilité de la pratique soignante qui met en relief toute la subtilité et la délicatesse en son fondement.

### Une conviction soignante

Pour dire et écrire ceci, notre conviction est que la pratique soignante, quelle qu'elle soit – infirmière, médicale, paramédicale, etc. –, n'est pas réductible à des actes, si sophistiqués soient-ils. La pratique soignante n'est pas réductible à des actes car chaque acte posé par ces professionnels s'adresse à chaque fois à un humain singulier qui va sa vie et qui vit ce qu'il a à vivre de manière particulière et qui ressent, appréhende ou espère quelque chose qui lui est particulier. Chaque acte s'inscrit ainsi dans une histoire, une trajectoire de vie unique, incomparable, sans égal et à nulle autre pareille. C'est parce que la pratique de chaque professionnel s'inscrit dans une histoire de vie, une trajectoire de vie si particulière que cette pratique est également particulière. Elle est complexe car elle agit au cœur de la complexité de l'humain et cette complexité est irréductiblement présente quels que soient le statut du professionnel, sa qualification et la nature des outils qu'il manie ou des gestes qu'il pose. Il n'y a donc pas de comparaison ni de hiérarchisation possible entre ces complexités car elles sont chacune uniques. Il n'y a dès lors aucune comparaison ni hiérarchisation possible entre les actes, les gestes posés, car chacun de ceux-ci, du plus simple au plus sophistiqué, s'inscrit dans une complexité

singulière, présente en chaque situation et à chaque fois renouvelée. Il n'y a donc pas de situations de soins plus complexes que d'autres voire de plus en plus complexes ; il y a des situations complexes, intrinsèquement et nécessairement complexes. Vouloir les hiérarchiser, c'est confondre les actes de soins et les difficultés qu'ils peuvent poser, avec la personne, l'humain singulier, à qui ces actes se destinent.

C'est lorsque les professionnels veulent résolument inscrire leur pratique soignante dans la prise en compte de cette irréductible singularité de l'autre, cette irréductible complexité de l'humain que la pratique peut être qualifiée d'intellectuelle. Non par orgueil ou goût prononcé d'élitisme, mais par nécessité ! La pratique soignante est intellectuelle car elle requiert une intelligence humaine de situation. Une telle intelligence n'est pas celle que se proposent de mesurer des échelles en vue d'établir un quotient. Une telle intelligence est l'intelligence soignante ; elle est celle qui accompagne et enrobe les actes de soins et qui donne à chacun de ceux-ci un relief particulier, une importance singulière, une perspective à chaque fois renouvelée. C'est de l'intelligence soignante que pourra se dégager une saveur soignante au sein des structures de soins. L'intelligence soignante est celle qui permet d'inscrire les actes de soins dans une action soignante. Elle est celle que déploie un humain professionnel pour entrer en intelligence avec un autre humain qui vit ce qu'il a à vivre là où il en est de son histoire, de sa trajectoire de vie. Mentionner cette intelligence soignante ne relève pas d'une conception que l'on pourrait être tenté de qualifier trop hâtivement de théorique, ni d'une préoccupation abstraite d'intellectuels plus ou moins éclairés ou inspirés, car l'intelligence soignante est une nécessité pour toute pratique soignante résolument porteuse de sens et respectueuse de la personne. Pour illustrer cette nécessité, a-t-on suffisamment réfléchi à l'intelligence humaine que doivent déployer les soignants pour procéder à la toilette d'une personne dépendante ou pour changer une personne incontinente sans l'humilier ? On le voit, déployer, enrichir, exercer l'intelligence soignante repose sur un choix dont la conscience requiert une conviction, celle que la pratique des soins ne se réduit pas, ne se

résume pas, aux seuls gestes visibles, observables et mesurables si souvent présentés pour qualifier et évaluer la pratique des différents soignants.

Si cette dimension intellectuelle qui permet de penser, de situer chaque acte dans la perspective de la singularité de l'humain n'est pas nommée, c'est comme si elle n'existait pas. Ce qui n'est pas nommé n'existe pas. Si elles ne sont pas nommées, cette dimension du soin et l'intelligence soignante sur laquelle elle se fonde ne peuvent être mises en lumière, en évidence, valorisées. Cette dimension ne peut dès lors être prise en compte réellement dans tout ce qui concerne la pratique, depuis la compréhension qu'en ont les politiques, jusqu'à la mise en œuvre dans la quotidienneté des structures en passant par la pensée et l'organisation de la formation. Cette intelligence soignante ne se décline pas en différentes formes de savoirs qui se juxtaposent ; elle est celle d'un humain professionnel au contact d'un humain qui requiert des soins. À ce titre, elle comporte tant le recours aux savoirs théoriques et pratiques qu'une compétence relationnelle de situation. Cette compétence relationnelle conjugue les mots subtilité, délicatesse et élégance qui, ensemble, reflètent le goût de l'esthétique dans les rapports humains dont se veut de faire preuve le soignant. Un tel goût de l'esthétique donne à voir la beauté d'une pratique.

### Les formes de l'écriture des soignants

Pour donner à voir la beauté d'une pratique et, avec elle, son utilité sociale et les capacités et compétences qu'elle requiert, que donnons-nous à lire et à entendre ? Si nous observons les écrits produits et les exposés présentés par les différents professionnels de la santé, nous pouvons identifier quatre grandes formes d'écriture ou expression professionnelle associées à leurs pratiques :

- *l'écriture scientifique et technique* qui relate les activités et résultats de recherches ou de réflexions sur les connaissances et leurs prolongements concrets dans les pratiques du quotidien ;

- *l'écriture prescriptive* – ou décisionnaire – qui formalise la décision d'un prescripteur, d'une autorité ou d'un expert ;
- *l'écriture fonctionnelle* qui mentionne les faits, leur succession et les actes qui en découlent ;
- *l'écriture sensible* qui met en mots et en forme la sensibilité, c'est-à-dire le ressenti, la résonance, l'émotion ou encore la réflexion personnelle d'un humain professionnel qui s'interroge, ou plus simplement s'exprime, sur ce qu'il vit ou sur ce qui se vit au cœur de la relation de personne à personne qui caractérise la singularité – et donc la complexité intrinsèque – de chaque situation professionnelle ainsi que la subtilité qu'elle requiert.

C'est ainsi que les textes proposés par les revues et ouvrages professionnels relèvent, selon le cas et leur orientation, d'une ou de plusieurs de ces formes d'écriture. La qualité d'une publication n'est pas à apprécier en fonction de la forme choisie ou privilégiée d'une écriture, mais au regard du niveau d'exigence rédactionnelle, tant au plan du fond que de celui de la forme.

Si l'on met en perspective cette typologie des formes d'écriture et la déclaration « les infirmières n'écrivent pas », nous sommes en droit de nous poser la question de la pertinence de tels propos. En effet, *l'écriture scientifique et technique* ainsi que *l'écriture fonctionnelle* sont répandues et utilisées par tous les professionnels ; si des différences peuvent être observées dans l'abondance des productions ainsi que dans l'écho que s'en font les médias en fonction des répercussions de telles ou telles publications voire découvertes sur la santé de la population, il n'en demeure pas moins qu'aujourd'hui tous les groupes professionnels produisent des écrits, parfois de façon encore balbutiante voire hésitante, mais ces deux formes d'écriture existent et se développent. *L'écriture prescriptive*, quant à elle, est réservée par nature aux prescripteurs, décideurs et experts, au nombre desquels on compte un grand nombre de médecins. Enfin, *l'écriture sensible* apparaît peu répandue, et ce quel que soit le groupe professionnel. Si certains métiers, tels ceux proches de la psychologie, de la psychiatrie et du social, montrent une écriture parfois abondante dans un style plus littéraire, cela ne témoigne pas pour autant d'un contenu nécessairement plus sensible.

Nous pouvons ainsi constater que trois formes d'écriture sont plus ou moins répandues : la *scientifique et technique*, la *prescriptive* et la *fonctionnelle*, alors qu'une forme d'écriture fait figure de parent pauvre, la *sensible*, c'est-à-dire celle qui met en mots et en formes ce que les professionnels vivent et ressentent au cœur de la relation interpersonnelle dans laquelle s'inscrivent leurs différentes pratiques. Ce constat ne nous semble pas différent de celui que posait au siècle dernier l'écrivain Paul Valéry :

Soigner. Donner des soins, c'est aussi une politique. Cela peut être fait avec une rigueur dont la douceur est l'enveloppe essentielle. Une attention exquise à la vie que l'on veille et surveille. Une précision constante. Une sorte d'élégance dans les actes, une présence et une légèreté, une prévision et une sorte de perception très éveillée qui observe les moindres signes. C'est une sorte d'œuvre, de poème (et qui n'a jamais été écrit), que la sollicitude intelligente compose<sup>2</sup>.

Une « poésie qui n'a jamais été écrite » ? Qu'on ne s'y m'éprenne ! Mon souhait n'est pas que chaque professionnel de la santé et du social se sente convié à parler et à écrire tel un poète. Néanmoins, chacun de ces professionnels ne pourrait-il pas, dès sa formation, se nourrir de cette poésie et, à son tour, l'alimenter ?

Ce constat d'une écriture sensible peu répandue ne doit pas, de mon point de vue, être qualifié de désolant car il s'agit juste d'un constat qui permet de comprendre, de clarifier et de préciser la situation actuelle, mais, aussi, d'ouvrir sur des possibles et, peut-être, d'innover en termes de réalisations. Néanmoins, sans être désolant, ce constat attire notre attention sur la conception que peuvent avoir les professionnels de leurs pratiques, et suscite notre vigilance justement sur l'orientation que prend la pratique ou qu'elle pourrait prendre encore davantage. Mireille Saint-Étienne établit ainsi le lien entre le type d'écriture et le type de pratique :

Ce lien étroit entre le processus d'écriture et le processus de création est une des raisons qui, dans le milieu infirmier, contribuent à la difficulté d'écrire car notre pratique professionnelle est inscrite dans la réparation et non dans la création. Toute notre activité est réparatrice du côté biologique, du

---

2. Paul Valéry, *Politique organo-psychique*, Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque de La Pléiade », 1957.

somatique, mais nous ne créons pas ; d'ailleurs, c'est un terme que nous utilisons très peu dans notre milieu<sup>3</sup>.

De la sorte, le professionnel qui conçoit fondamentalement son métier comme une succession d'actes et de tâches ne pourra donner à voir ou à entendre que ses préoccupations et réflexions associées à cette multitude d'actes et de tâches. Sa pratique ne débouchera pas sur une écriture reflétant une intention soignante orientée vers la singularité de l'humain et que nous pouvons nommer « écriture sensible ».

### L'écriture sensible

C'est que l'écriture sensible n'est pas simple car elle dit – ou tente de dire – quelque chose de la sensibilité des personnes en présence et non seulement des actes posés ou des soins donnés par les uns et reçus par les autres. Elle conduit à une forme de dévoilement et fait ressentir le risque, tel un voile qui tombe impromptu, d'être qualifié d'impudique ou de maladroit. De surcroît, il y a une forme d'interdit professionnel associé à la sensibilité qui semble, bien souvent, confondue avec sa pathologie qui se nomme la sensiblerie. Telle l'éducation de certains garçons à qui l'entourage dit « un homme ne pleure pas », combien de fois n'avons-nous pas entendu les aînés voire les enseignants exposer auprès des étudiants : « un véritable professionnel n'exprime pas d'émotions », « la première fois c'est difficile, après on s'habitue », ou alors « il faut apprendre à se blinder », ou en encore « on est prié de laisser ses problèmes personnels au vestiaire », etc. ? Ne pas exprimer d'émotions, laisser sa personne au vestiaire, se blinder, s'habituer à la souffrance humaine pour s'y montrer insensible... alors que l'intelligence soignante requiert subtilité, délicatesse et élégance relationnelle. On ne peut prendre soin d'un homme ou d'une femme malade en tentant d'accueillir sa singularité sans se sentir concerné par sa situation, sans se laisser toucher par ce qui arrive à cet humain et ce

---

3. Mireille Saint-Étienne, « L'Infirmière et l'écriture », *Soins, Formation, Pédagogie, Encadrement*, n° 18, 1996, p. 54-58.

Extrait de W. Hesbeen (dir.), *Dire et écrire la pratique soignante du quotidien*  
© Éditions Seli Arslan, 2009. Tous droits réservés

qu'il vit ou a à vivre. On ne peut, pour le dire autrement, prendre soin de l'humain et déployer son intelligence soignante sans être sensible à la situation et à la sensibilité de l'autre. La sensibilité est au cœur du soin, elle est le moteur de l'attention particulière portée à cet homme ou à cette femme malade, qui souffre, ou qui est vulnérable, fragile.

Ainsi, quel message délivre-t-on de manière explicite ou insidieuse lorsque la sensibilité est réprimée ou raillée pour finalement être refoulée ? Quel humain professionnel animé d'une intention soignante peut-il ainsi se comporter, se transformer, si ce n'est celui qui s'est « dépersonnalisé » en se laissant envahir, chosifié, instrumentalisé par un système qui n'hésitera pas, d'une part, à exhorter à « placer le patient au centre des préoccupations », alors que, d'autre part, l'expression de la sensibilité y sera découragée ? Cela ne conduit-il pas le professionnel à ne plus habiter en personne sa pratique et, dès lors, à ne plus pouvoir faire preuve de l'intelligence humaine qu'en chaque situation elle requiert ?

L'écriture sensible est donc l'expression de la sensibilité qui accompagne la rigueur, la précision, la pertinence des actes posés, des soins donnés. Elle est celle qui permet de révéler les exigences de la pratique soignante en terme d'implication personnelle des soignants. Elle en révèle, ainsi, toute la complexité autant que toute la beauté. Une telle écriture n'est pas accessible spontanément à tout un chacun et n'a pas pour vocation de se substituer à l'écriture fonctionnelle, celle qui permet de « fonctionner » dans la « frénésie du faire » qui caractérise souvent le quotidien.

Par sa nature, l'écriture sensible requiert une forme d'« écrivain public » dont la compétence serait de mettre en mots et en forme non ce qui se fait mais bien ce qui se vit dans la pratique du quotidien. Les mots de ces écrivains seront alimentés tant par leurs observations et expériences que par la capacité des soignants de dire quelque chose de sensible à propos de leur pratique. C'est ainsi que les artistes, les poètes et les romanciers me semblent être les meilleurs « porte-parole » de la pratique soignante afin d'en révéler la quête de sens et l'esthétique donc, également, d'en mettre en lumière les aspects insensés et de manque d'esthétique. C'est ainsi

qu'un spectacle joué récemment à Paris mettait en scène un seul acteur qui racontait « l'apprentissage<sup>4</sup> » de celui qui revient à la conscience après avoir été plongé dans le coma. Quelques lignes nous montrent l'intérêt de ce type de spectacle pour éveiller, stimuler, augmenter la conscience soignante :

Puis, la magie du silence s'arrête. Une voix désagréable le réveille. [...] Maintenant que ce corps réapparaît, c'est un corps malade qui se fait douleur. Douleur d'être transporté, ballotté, traité comme un objet. Angoisse et colère quand on lui fait mal, quand l'examen tourne au cauchemar devant deux infirmières indifférentes à sa détresse<sup>5</sup>.

Faire appel aux artistes, aux poètes ou romanciers pour aider à faire savoir, à diffuser le contenu subtil de la pratique soignante requiert chez ceux-ci une forme d'engagement qui leur permet d'habiter leur rôle. C'est ainsi que l'acteur Michel Serrault disait de son métier :

Si on n'a pas d'intention intérieure, les mots ne veulent rien dire. Je voudrais être un passeur, un messager. Je suis contre les acteurs qui se disent « humbles serviteurs de l'auteur »<sup>6</sup>.

Le message que l'artiste peut faire passer ne doit-il pas être nourri de cette parole soignante que pourraient prononcer de manière plus audible les différents soignants ?

La parole soignante, si peu audible, donne à penser qu'elle n'existe pas. Pourtant, tous les métiers qui composent la pratique soignante sont des métiers de la parole, du moins lorsque la pratique est fondée sur le dialogue, la délibération avec le patient, ses proches mais également en équipe. Seule une pratique autoritaire à l'endroit du patient et des professionnels peut se contenter de leur donner des injonctions et, dès lors, peut se passer d'une parole qui s'élabore. Une telle élaboration se travaille et met en exergue que les soignants, quel que soit leur métier, ne peuvent être ou rester insensibles à la littérature, notamment pour y lire des récits de vie

---

4. *L'Apprentissage*, pièce de Jean-Luc Lagarce jouée par Alain Macé et mise en scène par Sylvain Maurice au théâtre Les Déchargeurs, Paris, 2008. Le texte est paru dans *Trois récits*, Besançon, Éditions Les Solitaires Intempestifs, 2001.

5. Présentation du spectacle par Virginie Jardel, *Santé Mentale*, n° 131, octobre 2008.

6. Extrait d'un communiqué de presse à l'occasion du décès de l'acteur, juillet 2007.

Extrait de W. Hesbeen (dir.), *Dire et écrire la pratique soignante du quotidien*  
© Éditions Seli Arslan, 2009. Tous droits réservés

mais, également, pour y trouver matière à un discours plus élaboré. Dans sa *Lettre aux parents sur les choix scolaires*, Jacqueline de Romilly nous alerte sur cette propension à délaisser les langues anciennes et, avec elles, la formation aux lettres. Cela s'inscrit, entre autres, dans la fonction très utilitariste d'un métier, ce qui est renforcé par les crises économiques, mais qui conduit à en ignorer les exigences intrinsèques, en particulier des exigences apparemment abstraites d'écriture et d'expression. Pourtant, comment un groupe professionnel peut-il espérer être crédible si les personnes qui le composent n'ont qu'un rapport superficiel à l'écriture et à l'expression ? C'est ainsi que l'auteur nous rappelle à la fois l'importance de la parole dans la pratique soignante du médecin et pour la reconnaissance d'un métier :

Quant à la médecine, elle suppose ou devrait supposer des échanges précis et adroits avec le patient – donc un art de s'exprimer. Cela est si évident que, déjà au V<sup>e</sup> siècle avant J.-C., le maître en l'art de parler qu'était Gorgias raconte qu'il accompagnait son frère médecin dans ses visites, et que, s'il fallait convaincre un malade de se soumettre à tel ou tel traitement, c'était lui, l'incompétent, que le malade écoutait, plus que son frère le médecin. [...] Il est certain que presque tous les métiers impliquent l'exposé clair ou le plaidoyer, les raisonnements et les réfutations, la perception des intentions d'autrui, le talent d'omettre ou bien d'insister, bref un art de s'exprimer qui peut être plus ou moins poussé, mais constitue un des facteurs premiers de la réussite<sup>7</sup>.

La responsabilité des enseignants est ici importante. Chaque écrit produit ou exposé présenté par un étudiant médecin, infirmier ou autre ne peut se contenter d'une expression imprécise. Cela est exigeant mais procède, de mon point de vue, d'une condition incontournable pour élever la capacité des étudiants de prononcer une parole soignante et ainsi, petit à petit, en donner une visibilité plus juste, plus subtile et plus sensible, révélant, au cœur même de leur pratique du quotidien, leur quête du sens du soin.

---

7. Jacqueline de Romilly, *Lettre aux parents sur les choix scolaires*, Paris, Éditions de Fallois, 1994, p. 24-25.

Les textes présentés par le collectif d'auteurs de cet ouvrage ont été regroupés pour l'intérêt qu'ils m'ont semblé présenter pour davantage – et peut-être mieux – *dire et écrire la pratique soignante du quotidien*. Ils ne proposent aucune technique mais offrent, au lecteur qui voudra s'y montrer sensible, de la matière à penser l'intelligence soignante et l'intention intérieure qui peut l'animer pour tenter d'en dire et d'en écrire la subtilité autant que la beauté. La plupart de ces textes ont été revus et augmentés après une première parution, durant les dix dernières années, dans la revue *Perspective Soignante*.

Extrait de W. Hesbeen (dir.), *Dire et écrire la pratique soignante du quotidien*,  
© Éditions Seli Arslan, 2009. Tous droits réservés